

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE CENTRO DIURNO CONTINUO

CENTRO DIURNO CONTINUO	DATA _____					
ETA' DELL'UTENTE _____	NAZIONALITA' DELL'UTENTE <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altra nazionalità					
SESSO	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F			
INDICARE LA PERSONA CHE COMPILA IL PRESENTE QUESTIONARIO	<input type="checkbox"/> Utente	<input type="checkbox"/> Familiare	specificare: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/figlia <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro			
Codice aziendale interno	1.	E' SODDISFATTO DELL'ACCOGLIENZA E DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	1a	Carta dei Servizi (indicazioni in merito ai servizi disponibili e alle modalità per usufruirne)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	1b	orari di apertura al pubblico degli uffici amministrativi e accessibilità alle informazioni	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	2.	E' SODDISFATTO DELL'AMBIENTE E DELLE STRUTTURE PRESENTI?				
	2a	ambienti comuni: aspetto, temperatura, ventilazione, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	2c	palestra : dimensione, arredo, temperatura, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	3.	E' SODDISFATTO DELL'IGIENE E DELLA PULIZIA DEGLI AMBIENTI?				
	3b	pulizia dei servizi igienici e degli ambienti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	4.	E' SODDISFATTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE?				
	4a	qualità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	7.	E' SODDISFATTO DELLA CORTESIA, PROFESSIONALITA' E SOLLECITUDINE DEL PERSONALE ASSISTENZIALE?				
	7a	operatori socio-sanitari	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	7b	personale infermieristico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	7c	personale medico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
	7d	fisioterapisti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco

7e	terapisti occupazionali	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7f	logopedisti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
7g	personale addetto alle terapie fisiche (ultrasuoni, tens, magnetoterapia, ecc.)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
8 bis	SI SENTE COINVOLTO NEL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE INDIVIDUALE (PRI)?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
10.	E' SODDISFATTO DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVA? (terapia neuromotoria, terapia occupazionale, logopedia, ecc.)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
11.	E' SODDISFATTO DEL RISPETTO DELL'INTIMITA' E DELLA PRIVACY?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco
13.	DOVENDO ESPRIMERE UN GIUDIZIO COMPLESSIVO, COME CONSIDERA I SERVIZI OFFERTI?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto poco

Eventuali suggerimenti:
